

申込日：平成 年 月 日

入所希望者	ふりがな	性別	生年月日			年齢
	氏名：	男・女	明治・大正・昭和 年 月 日生まれ			歳
住 所	〒 _____					
						電話 (_____)
要介護度	□1 □2 □3 □4 □5			介護保険被保険者番号		
医療保険	□後期高齢者医療保険 □国民健康保険 □生活保護			年金：□有 □無 月(_____)万		
介護者の状況	□ひとり暮らし □家族同居 □介護者がいない □介護者がいる □夫婦のみ □介護者はいるが高齢又は療養中					
ご家族の状況	氏名	続柄	住 所	連絡先		
				TEL _____		
				TEL _____		
				TEL _____		
お住まい(今いる場所)	□自宅 □病院 □老人保健施設 □その他施設 (_____) 病院・施設名 (_____)					
身体状況	【食 事】主食：□米 飯 □ 粥 □ミキサー 副食：□常 食 □一口大 □キザミ □極キザミ □ミキサー 介助レベル：□自 立 □一部介助 □半介助 □全介助					
	【排 泄】 □トイレ □オムツ 介助レベル： □自 立 □全介助 【移 動】立位：□ 可 □何かに掴まれば可 □不可 歩行：□自立 □伝い歩き □歩行器 □車椅子 □寝たきり 転倒の可能性：□ 有 □ 無 □ベッドからの転落・滑落 【入 浴】 □一般浴槽 □リフト浴 □特殊浴槽 【認知症による周辺症状】 □徘徊 □せん妄 □幻 覚 □不潔行為 □暴 言 □暴 行 □昼夜逆転 □不穏・興奮 □収集癖 □独 語 □大 声 □介護抵抗 □帰宅願望 □異 食 □その他 (_____)					
医療状況	□特になし					
	□胃 瘻 □経管栄養 □人口肛門 □インシュリン注射 □バルーンカテーテル □気管切開 □酸素療法 □褥瘡処置 □ペースメーカー □吸 引 □透 析 □その他 (_____) 感染症の有無： 有 ・ 無 (_____) 褥瘡の有無： 有 ・ 無 (_____)					
申込者(連絡先)	□ご家族 □代理人		続柄	電話番号		
	氏名：	①		TEL : (_____)		

※施設からの連絡はこちらに行きます。